

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

602

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

PAR MADAME WULFF

Née à Tchastniky (près Moscou, Russie) le 9 mars 1865.

DES

ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

APRÈS LA SYMPHYSÉOTOMIE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. JALAGUIER, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

602

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure

Par MADAME WULFF

Née à Tchastniky (près Moscou, Russie) le 9 mars 1865.

DES

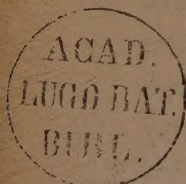
ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

APRÈS LA SYMPHYSÉOTOMIE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. JALAGUIER, professeur.
VARNIER et LEPAGE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ROUCHARD.
Pat ologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	FINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES

Accouchements Spontanés

APRÈS LA SYMPHYSEOTOMIE

INTRODUCTION

Nous nous faisons un agréable devoir d'inscrire en tête de ce travail les noms des Maîtres qui nous ont guidée de leurs conseils; soutenue de leur bienveillance au cours de nos Etudes médicales. Mais qu'il nous soit permis d'adresser tout d'abord l'hommage de notre admiration la plus vive au Professeur Pinard, le maître incontesté que nous vénérons tous. Ce nous est, du reste, une tâche très douce à remplir, car nous sentons bien que nous sommes ici en parfaite harmonie d'idées avec tous nos compatriotes qui ont eu la chance de faire, à quelque titre que ce soit, un stage à la Maternité de Baudelocque. Au reste, ce tribut d'admiration que nous payons à notre illustre Maître, lui est bien dû, et nous ne craignons point la contradiction en disant que pour nous

Wulff

étrangers, le seul titre d'ancien élève du Professeur Pinard, équivalant au meilleur Brevet de capacité.

Nous réitérons au Professeur Pinard notre admiration pour les doctrines auxquelles son nom demeurera attaché et pour l'influence que son enseignement exercera assurément sur toute notre carrière.

Nous tenons aussi, à la fin de nos Etudes, à remercier tout particulièrement notre très cher Maître le Professeur R. Blanchard qui nous a prodigué ses conseils pendant cinq années. Nous lui avons témoigné bien souvent, et certes bien moins que nous ne le pensions, en quelle estime nous tenions sa science, et combien nous apprécions l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours porté.

Nous avons, en toute occasion, été accueillie par lui avec la plus grande courtoisie et nous n'oublierons jamais sa bonne grâce ni son affabilité.

Nous ne pouvons que lui renouveler ici, mais de bien grand cœur, l'assurance de notre plus vive gratitude et de notre entier dévouement.

Pendant notre première année, nous eûmes l'honneur d'appartenir au service du professeur Fernet, à Beaujon. Nous avons toujours regretté, ayant appris à connaître ce Maître, de n'avoir été son élève que pendant un temps très court. Nous lui sommes reconnaissante de ses excellentes leçons et de l'accueil que nous avons rencontré auprès de lui.

Nous prions notre excellent Maître, le Dr Chauffard, Professeur agrégé, qui s'est montré pour nous bienveillant, de recevoir l'assurance de notre très respectueux et reconnaissant dévouement.

M. le Dr Hirtz nous a fait l'honneur de nous admettre parmi ses élèves. Nous souhaitons de ne jamais oublier les exemples de méthode clinique qu'il nous a donnés et de dévouement pour les malades, de haute probité scientifique, autant de qualités qui l'ont fait respecter et aimer de tous ceux qui l'ont approché.

LES ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS APRÈS LA SYMPHYSÉOTOMIE

Avant de parler des accouchements spontanés postérieurs à une symphyséotomie, qui font l'objet de ce travail, nous croyons, pour plus de clarté, devoir refaire brièvement un historique de la symphyséotomie en insistant sur les points qui nous intéressent plus particulièrement.

La Symphyséotomie, cette opération humaine qui fut et doit être si féconde en conséquences, conçue et pratiquée pour la première fois par les médecins français, n'a été vraiment vulgarisée en France que grâce à la tenacité de notre illustre maître, le Professeur Pinard. Elle a traversé différentes phases d'enthousiasme et d'abandon, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en jetant un coup-d'œil sur les travaux spéciaux de Desforges et Godchaux (1).

L'opération fut imaginée par un étudiant en médecine du nom de Sigault, qui étant docteur la pratiqua pour la première fois le 30 septembre 1777. Cette tentative fut couronnée de succès, puis vinrent des échecs successifs, tant en France qu'à l'Etranger, dûs autant à l'impéritie des opérateurs, qui intervenaient sans méthodes qu'à l'ab-

1. Desforges. Thèse de Paris, 1892. F. Godchaux, thèse de Paris, 1893.

sence d'antisepsie. Il se produisit alors un temps de réaction et une vive polémique s'éleva entre césariens et symphyséotomistes (1).

Au nombre des adversaires de la symphyséotomie, nous voyons figurer Baudelocque, Velpeau, Cazeaux, etc.

En Allemagne, c'est à peine s'il est question de la symphyséotomie, même à titre historique. Zweifel écrit en 1880 que l'idée en est fausse. Fehling et Winckel combattent les nouvelles théories et se rangent parmi les adversaires de l'opération. En Angleterre, la réprobation est la même.

En 1886, Tarnier commence à se demander si la symphyséotomie n'est pas indiquée dans les rétrécissements du détroit inférieur.

Abandonnée partout, la symphyséotomie trouva un refuge en Italie. Elle fut même en honneur à l'Ecole de Naples où Morisani, Galbiati et Jacolucci se firent ses défenseurs.

En 1891, un ancien assistant de Morisani, M. Spinelli, vint à Paris entretenir M. Pinard des excellents résultats obtenus à Naples : 24 opérations, 24 mères guéries et 23 enfants vivants.

Le Professeur Pinard, attristé par la mortalité des enfants dont la naissance a été provoquée avant terme, par la répulsion de la basiotripsie sur un enfant vivant, par les insuccès de l'application du forceps au détroit supérieur, commença immédiatement, avec l'enthousiasme qu'on devine, des expériences avec Farabœuf et Varnier

1. *Discussion à la Société obstétricale de France. Annales de Gynecol.*, 1893.

sur l'agrandissement du bassin, et après avoir étudié l'opération, dans une leçon faite le 7 décembre 1891, il déclara publiquement que « la vie de bien des femmes et de bien des enfants sera sauvegardée, et que les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer les enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver. »

En Février 1892, le Professeur Pinard trouva une occasion de pratiquer l'opération qui, en dépit des efforts de l'Ecole de Naples, avait été délaissée à l'étranger. Cette année marque, en quelque sorte, la Renaissance de la Symphyséotomie.

En 1892, la Symphyséotomie fut pratiquée nombre de fois. En France, par tous les jeunes maîtres de la clinique Baudelocque, élèves du Professeur Pinard : Varnier, Lepage, Wallich, Professeurs agrégés ; Potocki, Bouffe de St.-Blaise, Baudron, Accoucheurs des hopitaux ; Funck Brentano, Paquy, Chefs de clinique ; par Tarnier, Porak, Ribemont-Dessaignes ; à Marseille par Queirel ; à l'étranger : en Allemagne ; à Dresde par Léopold, par Zweifel etc. en Amérique, au Brésil et en Angleterre. Aujourd'hui les observations ne se comptent plus.

En 1893, à Baudelocque, la Symphyséotomie a été pratiquée 13 fois : 10 fois sur des bassins viciés par rachitisme à peu près symétriques ; 3 sur des bassins asymétriques. Résultats : 13 femmes et 13 enfants vivants. Aucune embryotomie sur un enfant vivant, aucun accouchement provoqué.

Le forceps n'a été appliqué que dans les cas où la tête du fœtus commençait à s'engager.

Nous croyons maintenant le moment venu de rappeler

les préceptes formulés par le Professeur Pinard et qui doivent toujours être présents à la mémoire du praticien :

1° Abandon de l'accouchement provoqué dans tous les cas où la symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme.

2° Abandon de toute application du forceps pour résistance osseuse (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur).

3° Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

4° Agrandissement momentané du bassin dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions ; la tête étant bien orientée et où le calcul démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête.

5° Amputation utéro-ovarique dans les cas d'étroitesse absolue.

Il s'agit maintenant de savoir comment peut se faire sûrement et facilement la symphyséotomie. Nous nous appuierons pour cela sur les expériences du Professeur Farabeuf.

Pour assurer le succès de la symphyséotomie, il faut deux conditions :

1° Connaître les règles de l'agrandissement du bassin.

2° Connaître les règles opératoires.

Nous ne parlerons que des premières. Et tout d'abord, y a-t-il un degré d'écartement qu'on ne puisse pas dépasser sans risquer d'amener, soit des déchirures étendues des parties molles antérieures, soit des lésions graves des articulations postérieures du bassin ?

Des expériences anatomiques de Farabeuf, et cliniques

de Pinard et Varnier, etc. on peut conclure qu'un écartement de 5-6 et même 7 centimètres ne produit aucune lésion redoutable des symphyses sacro-iliaques, mais qu'il est dangereux pour les parties molles antérieures de dépasser cet écartement de 7 centimètres, et même de l'atteindre sans une surveillance spéciale du décollement des parties attachées à l'arcade ischio-pubienne.

Quelles modifications apporte la section inter-pubienne aux différents diamètres du bassin ?

Tout d'abord le diamètre antéro-postérieur médian n'existe plus, dès que l'on commence à écarter les deux pubis l'un de l'autre. Il est remplacé par deux lignes obliques partant du promontoire pour aller à chaque pubis et qui toutes deux sensiblement égales sont plus grandes que le promonto-pubien minimum. La différence de longueur est d'environ 2 millimètres pour chaque centimètre d'écartement; de telle sorte qu'avec un écartement symétrique de 6 centimètres les distances sacro-pubiennes augmentent de 12 millimètres environ.

En outre, les pubiens s'écartant s'abaissent dans le plan oblique descendant du détroit. Mais ce qui est plus important au point de vue de l'agrandissement du bassin c'est que, dans la brèche antérieure inter-pubienne, il se loge pendant l'engagement et la descente un segment de la sphère céphalique, d'autant plus épais que la brèche est plus large et le rayon de la tête plus petit. C'est la bosse pariétale dont le rayon est plus petit que celui de la tête en général qui profite de l'intervalle pubien dans lequel un segment pariétal épais de 20 millimètres peut s'engager et descendre.

Farabeuf a montré :

1° Que le bénéfice total en majeure partie dû à l'enclavement de la bosse antérieure n'était pas proportionnel à l'écartement du pubis ; qu'il était progressif et que, par conséquent, il fallait aller jusqu'à 5 ou 6 centimètres pour commencer à recueillir une notable dilatation du calibre pelvien.

2° Que l'autre élément de bénéfice total, l'agrandissement de la distance sacro-pubienne, variait pour un même écartement suivant les dimensions initiales des diamètres antéro-postérieurs, c'est-à-dire que plus un bassin est aplati, plus le pubis s'éloigne du sacrum en s'écartant de son homonyme.

Voici, d'après les calculs, les tracés géométriques et les expériences de Farabeuf, le bénéfice total obtenu pour chaque bassin de 5-6-7-8-9 et 10 centimètres ayant subi un des écartements publiens praticables de 5-6 ou 7 centimètres.

Ecartement inter-pubien de	Augmentation obtenue pour chaque bassin de :					
	5 cent.	6 cent.	7 cent.	8 cent.	9 cent.	10 cent.
5 centim.	23 mill.	21 mill.	19 mill.	17 mill.	16 mill.	14 mill.
6 »	29 »	23 »	26 »	21 »	19 »	18 »
7 »	34 »	28 »	31 »	25 »	23 »	21 »

Il résulte donc de ces recherches que la symphyséotomie faite sur un bassin de 7 centimètres, non atrophie, permet avec un écartement approchant de 7 centimètres le passage d'une tête de fœtus à terme supposée irréduc-

tible et dont le diamètre bi-pariétal mesurerait 9 centimètres 5. Pour les bassins tout à fait exceptionnels, c'est-à-dire dont le diamètre antéro-postérieur aurait moins de 7 centimètres, l'agrandissement ne permettrait le passage d'un fœtus à tête dure qu'autant que celle-ci aurait un bi-pariétal inférieur à 9 cent. 5. Pour les bassins ayant au contraire plus de 7 cent. de diamètre promonto-pubien minimum, la symphyséotomie permet le passage d'une tête fœtale ayant plus de 9 centim. 5 de diamètre bi-pariétal, c'est-à-dire d'une tête appartenant à un fœtus volumineux.

Par la symphyséotomie, ce n'est pas seulement le diamètre rétréci, l'antéro-postérieur, qui est augmenté; il va de soi que tous les diamètres de l'excavation, tous ceux du détroit supérieur ou inférieur participent à l'agrandissement.

Le diamètre oblique augmente plus que l'antéro-postérieur; le transverse davantage encore, d'environ la moitié de l'écartement des pubis sur toute la hauteur du bassin. Quant au diamètre bi-ischiatique, son augmentation est presque égale à l'écartement inter-pubien, parce que, en raison de l'obliquité descendante en arrière des axes des charnières, les ischions sont à peu près aussi éloignés de ces axes que les pubis.

Farabeuf a calculé et vérifié quels étaient les rapports de diamètre et de volume de deux têtes pouvant passer tout juste dans un bassin rétréci avant et après la symphyséotomie. Un bassin ayant un diamètre promonto-pubien minimum de 8 centimètres, coupé et écarté de 60 millimètres, peut laisser passer une sphère d'un diamètre

de 98 millimètres, tandis qu'intact il n'admet qu'une sphère d'un diamètre de 80 millimètres.

On est bien plus frappé encore du bénéfice dû à l'opération en apprenant que le volume de la première sphère est à celui de la deuxième comme 488 est à 267, c'est-à-dire presque double.

Farabeuf conclut encore que plus le bassin est aplati et plus il gagne à l'opération.

Pour réduire au minimum le taux de la mortalité dans la symphyséotomie, il est indispensable d'observer rigoureusement les prescriptions du Professeur Pinard que nous résumerons ainsi :

1° La symphyséotomie, pour être utile, doit être complète, et l'écartement préalable des pubis doit être en rapport avec le degré de rétrécissement du bassin.

2° Cette opération ne doit être tentée que dans les cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centimètres permettra le passage d'une tête de fœtus à terme.

3° L'écartement des pubis dépassant 7 centimètres pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit.

4° Dans les rétrécissements où l'écartement des pubis poussé à 7 centimètres ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'opération utéro-ovarique (opération de Porro).

5° Dans les cas de bassin oblique ovalaire avec synarthrose d'une des articulations sous-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, il faut pratiquer l'ischio-pubiotomie (opération de Farabeuf).

6° Dans les cas d'ankylose du coccyx, empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Il résulte de ce qui précède que :

a). — L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite.

b). — L'agrandissement momentané du bassin pratiqué dans les limites et conditions ci-dessus indiquées doit faire abandonner :

1° L'accouchement prématuré artificiel;

2° Toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance du bassin non vaincue par les contractions utérines.

La symphyséotomie, malgré ses avantages, n'a pas que des partisans. On lui a reproché d'amener des hémorrhagies, des déchirures des parties molles de la paroi antérieure du vagin, de l'urèthre et de la vessie et les complications qui se produisent plus ou moins longtemps après l'opération et qui sont :

1° Les complications urinaires.

2° — infectieuses.

3° — du côté des articulations sacro-iliaques.

4° Les troubles de la marche et la diastasis des pubis.

5° Les troubles dans les grossesses et les accouchements ultérieurs.

Varnier, au Congrès de Moscou de 1897, a repris un à un les différents griefs faits à l'opération et il les a réduits à néant se basant sur un grand nombre d'observations prises. Sa démonstration eut raison de toutes les hésitations et elle fut approuvée à l'unanimité. Cette discussion

pour intéressante qu'elle soit, ne fait pas l'objet principal de notre thèse. Nous passerons donc sous silence les considérations de ce genre n'ayant pour nous qu'un intérêt secondaire.

Les bienfaits de la symphyséotomie sont considérables, mais le plus grand est sans conteste l'accouchement spontané d'enfants vigoureux et bien portants dans certains cas qui, d'après les indications classiques, étaient justiciables de l'accouchement provoqué.

Chaque année, le Professeur Pinard montre des femmes à bassin rétréci entrées dans son service, qui, la plupart, ont accouché spontanément de beaux enfants, tandis qu'autrefois elles auraient été artificiellement accouchées.

Le Professeur Queirel, dans une publication faite dans le « *Marseille Médical* » et intitulée « *Les symphyséotomies qu'on ne fait pas* » a présenté des femmes qui, avec des bassins assez rétrécis accouchaient naturellement d'enfants normaux.

Si donc la symphyséotomie est par elle-même inoffensive pour la mère, efficace pour l'enfant, facile pour le praticien qui a bien voulu consacrer quelques heures à l'étudier, bénie la symphyséotomie ! Et combien nous comprenons la satisfaction du professeur Pinard en présence de ces cas d'accouchements spontanés postérieurs à une symphyséotomie, assez fréquents dans la pratique ! N'est-ce donc pas un résultat immense que la suppression définitive de l'embryotomie sur l'enfant vivant, et de permettre à nombre de femmes ayant un retrécissement du

bassin d'accoucher spontanément à terme et dans d'excellentes conditions.

Ce résultat s'explique, du reste, très bien.

La symphyséotomie, guérie par première intention est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite ; elle n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs. On a même constaté qu'elle pouvait sans difficulté et sans inconvénient être pratiquée plusieurs fois sur une même personne. (Des clientes de la clinique Baudelocque ont été symphyséotomisées deux et même trois fois).

En dehors de ces avantages, l'opération amène dans certains bassins viciés, soit un écartement persistant des pubis de 20-25 millimètres suffisant pour que la femme symphyséotomisée une fois accouche spontanément ultérieurement, soit une plus grande mobilité des os iliaques.

Cette question de l'écartement persistant des pubis a comme on le voit, pour nous un intérêt capital. Aussi la discuterons-nous assez en détail, nous appuyant sur les travaux du Dr Varnier (1).

Il serait absurde de supposer que la symphyséotomie ait pour conséquence forcée l'accouchement spontané. La femme symphyséotomisée ne doit pas à coup sûr accoucher spontanément la grossesse suivante. Cependant, la pratique a montré que le cas se produit assez souvent dans les bassins viciés. Ainsi sur 17 femmes redevenues, enceintes, 4 seulement ont été symphyséotomisées une

1. Rapport de Varnier au Congrès de Moscou 1897.

seconde fois et avec un plein succès (1). Les 13 autres récidivistes ont accouché spontanément.

Au premier abord cette constatation semble aller à l'encontre de cette proposition de Varnier, savoir: « qu'il n'est pas démontré que la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir. »

Zweifel disait au Congrès de la Société Allemande de Gynécologie, tenue à Breslau, en mai 1893 qu'il est vraisemblable d'après la constance du résultat de 5 cas, bien qu'aucune conclusion ferme ne puisse être encore formulée qu'après la symphyséotomie il persiste un léger agrandissement du bassin dans ses dimensions transversales.

Toutefois, l'irrégularité, le vague des chiffres rapportés par Zweifel, montrent qu'il est impossible d'étayer sur eux la doctrine de l'agrandissement du bassin. Il y a lieu d'ajouter que la mensuration externe du bassin est chose trop peu précise pour qu'on puisse lui demander la solution du problème.

La mensuration interne du promonto-sous-pubien est déjà plus digne de foi. Or, le simple examen macroscopique de bassins symphyséotomisés pratiqué en 1897 par Varnier ne lui a permis d'obtenir dans aucun cas un chiffre sérieusement différent de celui primitivement constaté.

Nous avons soin de bien mentionner l'année 1897, date du rapport de Varnier au Congrès de Moscou, afin de mieux faire ressortir ses conclusions de 1899.

1. *Comptes rendus de la Société Obstetricale de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris 1899.* Etude anatomique et radiographique de la symphyse pubienne après la symphyséotomie.

En 1897 donc, Varnier disait textuellement ceci : « D'où pourrait venir l'agrandissement ? D'un écartement persistant et notable des pubis ? »

Nous savons qu'un écartement pubien de 15 millimètres (c'est-à-dire un écartement admettant le bout de l'index aisément, introduit derrière la symphyse) ne fait rien gagner, absolument rien, au diamètre antéro-postérieur du bassin. C'est cependant ce faible écartement que quelques auteurs ont signalé. Nous n'avons pu noter même ce faible écart de 15 millimètres. Toujours il nous a paru que les pubis étaient en contact. La radiographie nous dira d'une façon nette et précise si nos sensations ne nous ont pas trompé. »

Nous citerons tout à l'heure les constatations de Varnier à la suite d'un examen radiographique du bassin, mais continuons la discussion si intéressante et si instructive de Varnier :

« Dans 5 cas non suppurés à l'autopsie, nous avons trouvé les pubis au contact dans le décubitus dorsal, jambes rapprochées, que gardent nos opérées jusqu'au jour où elles se lèvent et marchent ; l'examen clinique nous fait croire à l'absence de tout écartement. »

Dans une autopsie tardive pratiquée en Russie on a vu une réfection parfaite de la symphyse, au point de vue macroscopique tout au moins.

Donc l'agrandissement du bassin par écartement persistant des pubis n'est nullement démontré.

On peut concevoir a priori un autre processus d'agrandissement.

Tout en étant rapprochés, les pubis peuvent ne pas

être, chez une femme qui a subi la symphyséotomie, aussi solidement unis qu'auparavant. Si le bassin est moins serré et sans que les pubis s'écartent, les os iliaques moins étroitement appliqués au sacrum, ne peuvent-ils pas conserver une mobilité plus grande ? La course de l'anténutation se trouverait ainsi augmentée, d'où pendant le travail un agrandissement possible du diamètre antéro-postérieur.

Les examens faits même au cours de la grossesse sur des femmes antérieurement symphyséotomisées n'ont pas permis de constater dans l'attitude dite à la Walcher une augmentation plus considérable qu'à l'ordinaire du diamètre promonto-souspubien. Ce point doit faire cependant l'objet de nouvelles recherches ».

Varnier, comme on le voit, n'est pas ici absolument affirmatif, puisqu'il admet que les recherches ultérieures peuvent fournir des éclaircissements sur ce point controversé.

Reste une dernière interprétation.

« En admettant qu'à l'état statique, le bassin naguère symphyséotomisé conserve sa forme et ses dimensions antérieures ne peut-il pas se produire pendant l'accouchement un écartement capable de causer un agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur du bassin ? Ne se produit-il pas une sorte de symphyséoclasie sous-cutanée ? Si cela était, nous le saurions. L'étude expérimentale, les constatations faites au cours de l'extraction consécutive à la symphyséotomie prouvent que pour avoir un agrandissement notable d'un bassin vicié, il faut le plus souvent de 4 à 5 centimètres, jamais moins de 3,

fréquemment plus de 6 d'écartement pubien. Or, en explorant la symphyse par l'arrière ou par le bras au cours de l'engagement de la tête dans un bassin antérieurement symphyséotomisé, on ne peut même pas mettre à l'aise entre les pubis deux doigts de champ.

Alors comment expliquer que 13 des femmes opérées aient accouché spontanément sans nouvelle symphyséotomie ?

D'abord, c'est une chose courante dans les rétrécissements du bassin que de voir des accouchements spontanés alterner avec des accouchements artificiels par forceps, version ou basiotripsie.

Supposons pour l'instant, jusqu'à preuve du contraire, le bassin immuable ou à peu près. Comparons uniquement le poids et les dimensions des fœtus dans 11 cas où il n'a pas été nécessaire de recourir à une nouvelle symphyséotomie ; nous obtenons le tableau suivant :

	Bassin	Enfant extrait par symphyséotomie	Enfant expulsé sans symphyséotomie
2° symphys.	Prom. access.	g. 4.630 bip. 93	g. 3.920 bip. 92
34° —	—	3.590 — 100	3.730 » 98
17° —	—	2.950 — 92	né à 7 m. en ville
35° —	prom. s. p. 102	3.380 — 90	g. 2.980 bip. 88
10° —	100	3.220 — 90	3.250 — 83
16° —	98	3.390 — 99	2.850 — 91
37° —	92-97	3.660 — 101	2.725 — 90
54° —	92	3.778 — 98	3.220 — 92
21° —	87	1.700 — 81	1.050 —
f. tr.	oblique ovale.	3.970 — 100	2.610 — 92

Dans un seul cas (25° symphyséotomie) le poids de l'en-

lant expulsé spontanément est supérieur de 80^{gr.} à celui de l'enfant extrait par symphyséotomie. Mais il s'agissait d'une fille à bi-pariétal un peu inférieur à celui du premier enfant, un garçon. Le bassin était asymétrique vicié par luxation coxo-fémorale droite et rachitisme. Le prom. pubien mesurait 90 et il avait suffi d'un écartement pubien de 30 millimètres pour permettre l'engagement de la tête lors de la symphyséotomie. » Varnier dit avoir eu la sensation qu'il s'en fallait de très peu que l'accouchement ne se terminât spontanément.

Dans l'opinion de Varnier, de l'examen du tableau ci-dessus, on peut conclure que la spontanéité des accouchements postérieurs est dûe au moindre volume du fœtus, à une réductibilité plus grande, à meilleure accommodation de la tête sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse d'un agrandissement permanent à la suite de la symphyséotomie.

Mais alors si la symphyséotomie telle qu'elle est pratiquée par Pinard, Varnier, etc. ne paraît pas agrandir le bassin pour l'avenir, ne peut-on pas par l'ostéoplastie obtenir un agrandissement permanent et transformer les bassins viciés en bassins normaux ?

Varnier est catégorique sur ce point. Il ne faut pas songer, affirme-t-il, à obtenir par les procédés de Fenomenoff (de Kazan) et de Frank (de Cologne), sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

Frank eut la première idée de cette ostéo-plastie.

En 1893, il avait dans son service une femme chez qui, deux mois après une symphyséotomie, les pubis

étaient incomplètement réunis ; la marche était difficile et douloureuse et la femme était incapable de gagner sa vie. Frank rouvrit la symphyse, détacha au ciseau des branches horizontales des pubis une agrafe osseuse de 3 centimètres de large et la planta dans la fente symphysienne après avivement de celle-ci par abrasion du fibro-cartilage. Les mensurations faites après cette opération réparatoire ayant montré que le bassin était agrandi, Frank exécuta en août et en septembre de parti pris 3 symphyséotomies suivies d'une ostéoplastie destinées à produire l'agrandissement du bassin.

A la suite de ces opérations, il y eut dans les premiers jours de l'incontinence d'urine. Deux opérées chez lesquelles on avait fait des tentatives d'accouchement artificiel en ville ont eu de la fièvre, ne réussirent pas par première intention et guérirent néanmoins. Le troisième cas évolue sans fièvre. Il y eut réunion par première intention et la femme sortit de la Maternité le 21^e jour.

Tels sont, brièvement résumés, les faits rapportés par Frank.

On a exprimé la crainte que ce procédé n'amène la maladie si redoutée du relâchement des symphyses postérieures. Mais Varnier a tenu à contrôler de visu l'innocuité de l'opération. Tout d'abord il ne retrouva pas trace de cette opération ; à l'exploration de la femme aucune douleur, aucun dénivèlement. Il reste simplement une petite cicatrice assez déprimée. La femme descend des escaliers et l'on n'observe aucune hésitation dans la marche.

Conclusion. — Le fait de maintenir les pubis écartés

de 3 centimètres environ ne compromet pas la solidité du bassin.

Quoi qu'il en soit la question de l'agrandissement définitif et suffisant du bassin est loin d'être résolue par l'intervention de Frank.

D'après son estimation, le bassin d'une de ses opérées mesurait avant l'opération :

Conjugué diagonal	80
Diamètre des épines	260
— crêtes	280
— trochanters	310
— de Baudelocque	155

Le jour de la sortie Frank mesura 100 millimètres de conjugué diagonal.

Varnier a trouvé :

Conjugué diagonal	90
Diamètre des épines	260
— crêtes	270
— trochanters	320
— de Baudelocque	165

Si cette dernière mensuration est exacte, le bassin agrandi vaudrait 75 millimètres. Le résultat est plutôt maigre. Aussi Varnier formule-t-il cette conclusion, qu'il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Fenomenoff et Frank, sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant ».

Les constatations qui précèdent ont été faites, nous le faisons ressortir afin que le souvenir en reste gravé dans la mémoire du lecteur, avant qu'on ait bien connu les résultats de l'examen radiographique de bassins symphyséotomisés. Du moins à l'époque des premières cons-

tatations, les tentatives faites ne parurent pas assez concluantes au Professeur Pinard et au Docteur Varnier. Mais, depuis 1897, c'est-à-dire depuis la publication de son rapport le Dr Varnier, s'est livré à de nouvelles recherches dans cet ordre d'idées, et pour ses conclusions il se base :

1° sur une autopsie tardive ;

2° sur 33 cas radiographiés.

Voici un résumé de l'observation faite pièces en mains deux ans moins deux jours après une symphyséotomie guérie par première intention :

« La nommée Clémence L..., primipare, 21 ans, domestique, entre à Baudelocque, le 2 décembre 1895. Elle dit avoir marché à deux ans, et depuis s'être toujours bien portée. Présente une incurvation des fémurs.

Dernière règles du 12 au 14 mars. Présentation du sommet en G. T. Bassin vicié, diamètre prom. sous-pubien 103 (diamètre utile estimé à 90 millimètres).

Le 23 Décembre. A 11 h. 30 du soir, la femme entre à la salle de travail. Le 14 décembre à 1 h. 40 du matin, la dilatation est complète, liquide amniotique vert. La tête ne s'engage pas et le professeur Pinard prévenu pratique la symphyséotomie. A 4 h. 15 section de la symphyse. Ecartement provoqué de 4 centimètres 1/2. Forceps à 4 h. 35. Extraction du fœtus. Délivrance artificielle 5 minutes après l'extraction. Poids de l'enfant 3.070 grammes Bip. 93. Enfant allaité par la mère et mort en 15 jours de broncho-pneumonie.

Part en convalescence le 1^{er} Février. Revenue dans le service comme infirmière et y reste jusqu'en août 1897 ; à ce moment se révèlent des symptômes de cirrhose hépatiques à marche rapide.

Morte le 21 Décembre 1897 à l'Hôpital Necker.

A l'autopsie, la symphyse pubienne détachée est à peine plus large que normalement et bien consolidée. Les articulations sacro-iliaques sont solides et ne présentent aucune déformation. Bassin symétrique aplati non rachitique. Diamètre utile 85 millimètres. Les symphyses sacro-iliaques mises à nu ne présentent rien de particulier. Aucun mouvement anormal en tous sens sur les membres inférieurs. Pas de mobilité exagérée du bassin.

Après radiographie, on voit les pubis écartés l'un de l'autre dans toute la hauteur. L'écart est plus marqué en haut (15 millim.) qu'en bas (10 millim.). La limite osseuse est fortement crénelée.

Un examen fait ensuite donne les résultats suivants :

La peau du mont Venus présente une cicatrice lisse ne se révélant que par une traînée blanchâtre de 4 millimètres de large sur 4 centimètres de hauteur. Le vestibule, l'orifice urétral, le tubercule antérieur et le plafond du vagin n'offrent rien d'anormal. Tout cela est mobile en tous sens sur le squelette pelvien et la symphyse.

En regardant la face postérieure de la pièce, on observe que le péritoine et l'ouraque ne présentent rien d'anormal ; pas d'épaississement, mobilité parfaite, utérus normal, annexes saines, sauf à gauche un kyste pédiculé du pavillon de la grosseur d'un pois.

La symphyse est explorée par arrière. La pulpe du doigt y perçoit deux crêtes parallèles entre lesquelles il ne semble pas y avoir une dépression de plus de 3 millimètres de large, pas d'irrégularité, d'ostéophyste, de calus.

La mobilité inter-pubienne n'est pas plus grande que sur une autre symphyse à l'état de vacuité servant de terme de comparaison.

Sur les pièces congelées et coupées en tranches, on voit les os pubis réunis à distance (11 à 12 millim. en arrière et 18 à 20 avant) au lieu de 3 en arrière et 14 à 15 en avant par un bloc solide de tissu d'apparence fibreuse compact, blanc, qui se confond latéralement avec le revêtement cartilagineux des pubis.

Non loin du centre de ce bloc, plus près de l'un des pubis (3 millim.) que de l'autre (8 millim.) se voit une fente linéaire antéro-postérieure de 5 millimètres de long sur 1 millimètre de large qui représente la cavité articulaire normale. Bref les pubis sont réunis non seulement par la reconstitution des manchons fibreux péri-symphysiens, mais par la reconstitution d'une vraie symphyse ne différant macroscopiquement d'une symphyse normale que par sa plus grande largeur (11 à 12 millim. au lieu de 2 à 4 sur les pièces de comparaison).

Les choses étant ainsi on s'explique :

1° La restauration fonctionnelle parfaite dont il a été parlé précédemment.

2° L'absence de mobilité anormale et de toute dépression inter-pubienne appréciable par le palper et le toucher.

3° L'absence d'agrandissement permanent, et l'on conclut :

4° A l'impossibilité matérielle d'une symphyséotomie sous-cutanée pouvant passer inaperçue pendant le travail, lors d'un accouchement ultérieur.

Quel laps de temps est nécessaire pour une reconstitution de la symphyse pubienne ?

Les opérées se lèvent le 20^e jour et sortent le 37^e jour.

En résumé, à l'autopsie, après congélation pendant 48 heures, on constate l'absence de tout désordre, de toute suppuration dans la région opératoire, la réunion parfaite de la peau, du tissu cellulo-graisseux et du manchon fibreux, pré et rétro-symphysien, le rapprochement des pubis dont les surfaces cartilagineuses d'épaisseur et d'aspect normaux ne sont distantes l'une de l'autre que de 3 millim. en avant et de 5 millim. en arrière.

La radiographie donne 8 millim. On ne retrouve plus de vestige de la symphyséotomie, sinon la disparition du fibro-cartilage.

Il y a non seulement restauration fonctionnelle parfaite, mais restauration anatomique quasi-parfaite, et l'écartement persistant à la suite de cette restauration ne saurait produire un agrandissement permanent du bassin.

Dans un cas, les os pubis étaient à un centim. l'un de l'autre au lieu de 4 à 5 millim. à l'état normal. Le diamètre antéro-postérieur minimum utile du détroit supérieur estimé à 88 millim. avant la symphyséotomie mesurait deux ans après 85 millim. Donc, il n'avait pas changé.

Mais en est-il toujours ainsi ?

En comparant l'état fonctionnel des femmes opérées par Varnier, et les données cliniques rassemblées avant l'emploi de la radiographie, à l'état fonctionnel et aux données cliniques constatées, Varnier avait une tendance à le croire.

On n'a pas oublié cependant que Varnier laissait pour

ainsi dire une marge à l'imprévu en réservant son opinion jusqu'à plus ample informé. Et combien sa prudence était justifiée !

En effet, les expériences radiographiques sont venues battre en brèche en partie tout au moins, les théories dites classiques relatives à l'écartement persistant des pubis.

Voyons le résultat des radiographies.

Sur 33 radiographies de femmes opérées : 18 fois l'écartement vrai entre les os pubis ne dépasse pas celui constaté de visu, soit 11 à 12 millim. L'écartement radiographique maximum ne dépasse que de 2 millim. celui constaté pendant la vie de la femme.

Ecartement pubien radiographique sur 30 bassins non symphyséotomisés.

1 fois	3 millim.
4 —	4 —
13 —	5 —
7 —	6 —
1 —	7 —
3 —	8 —
1 —	9 —

Sur 18 bassins radiographiés, on a constaté que le plus grand écartement après une symphyséotomie était de 17 millim.

N ^{os}	Ecartement radiographique	Opérateur	Date de l'opération	Date de radiographie
85	3 mm.	Varnier.	29/6 — 1897	6/9 — 1897
70	4 —	Bouffe.	18/1 — 1896	7/5 — 1898
37	8 —	Varnier.	8/3 — 1894	28/2 — 1898
90	9 —	Paudron.	26/12 — 1897	4/2 — 1898
48	9 —	Varnier.	16/9 — 1894	12/2 — 1898
98	11 —	Varnier.	26/12 — 1898	19/1 — 1898
3	12 —	Pinard.	23/3 — 1892	2/9 — 1897
4	12 —	Varnier.	3/5 — 1892	10/6 — 1898
42			19/5 — 1894	
6	13 —	Pinard.	29/6 — 1892	21/4 — 1898
13	14 —	Potocki.	13/11 — 1892	5/7 — 1898
69	15 —	Pinard.	24/12 — 1895	5/10 — 1897
100	15 —	Varnier.	20/1 — 1899	18/3 — 1899
66	15 —	Pinard.	15/11 — 1895	5/2 — 1898
5	15 —	Pinard.	29/11 — 1892	28/7 — 1898
16	15 —	Pinard.	2/2 — 1893	15/1 — 1898
2	17 —	Pinard.	25/2 — 1892	28/7 — 1898
103	17 —	Funck.	2/8 — 1899	2/9 — 1899
9	17 —	Varnier.	sept. — 1892	2/10 — 1897
51			févr. — 1895	
91			11/4 — 1898	
				26/4 — 1898

Ceci montre qu'après une, deux et même trois symphyséotomies, l'écartement pubien persistant peut ne pas dépasser 10 à 12 millim. et que le bassin conserve au moins à l'état statique ses dimensions antérieures.

Dans ce dernier cas, l'accouchement spontané postérieur à la symphyséotomie peut s'expliquer non par agrandissement permanent résultant d'un écartement persistant des pubis, mais par le moindre volume du fœtus, une réductibilité plus grande, une meilleur accommodation de la tête.

Cette constatation englobe 10 bassins symphyséotomi-

sés dont les os pubis sont sur la radiographie à une distance variant entre 19 et 25 millim.

N ^{os}	Ecart. radiogr.	Opérat.	Date de l'opération	Date de radiographie	Observations
60	19 mm.	Pinard.	17/6 —1895	2/11—1897	Curettage.
88	19 —	Pinard.	7/11—1897	1/12—1897	
96	19 —	Funck.	7/9 —1898	15/10 —1898	
21	20 —	Pinard.	19/5 —1893	6/11—1897	
24	21 —	Lepage.	23/2 —1895	7/12 —1897	Acc. spont. depuis 1050 gr.
52		Lepage.	25/2 —1895	1/10—1898	
97	22 —	Funck.	1/12—1898	30/12—1898	Acc. spont. depuis.
94	22 —	Varnier	31/5 —1898	23/6 —1898	
77	24 —	Bouffe.	12/6 —1896	7/8 —1899	
101	25 —	Funck.	22/4 —1899	20/5 —1899	
87	25 —	Bouffe.	15/9 —1897	12/10—1897	

Voici comment Varnier résout, dans cette hypothèse, la question de l'agrandissement permanent :

« Farabeuf nous a montré que pour le diamètre utile, un écartement pubien de 2 centim. entre les pubis ne produit que 5 millim. d'agrandissement sur un bassin de 70 mill. ; que 4 mill. d'agrandissement pour un bassin de 90.

Donc, 5 millim. en chiffres ronds. C'est là, semble-t-il, le maximum à escompter. Or sur un bassin qui vient d'être symphyséotomisé dans le but de procurer un agrandissement momentané, le bénéfice total d'un écartement de 2 cent. est à peine plus considérable. L'engagement interpubien du segment pariétal ne donne en effet qu'un millim. en plus. L'agrandissement permanent produit par un écartement persistant des pubis de 20 à 25 millim. est donc d'environ 5 millim. C'est peu, c'est vrai. Néanmoins, cela peut-être suffisant pour transformer un bassin de 95 en un bassin de 100, un bassin de 90 en un de 95 et

permettre, par suite, un accouchement spontané là où lors d'un accouchement antérieur, il aurait fallu faire une symphyséotomie ».

Donc la preuve est faite, et il est admis que dans certains cas la symphyséotomie produit un écartement persistant et suffisant des pubis pour permettre ultérieurement un accouchement spontané. C'est cette constatation qui nous intéresse le plus, et elle est de nature à augmenter l'enthousiasme des partisans de la symphyséotomie et à favoriser, dans la suite, son application. Le seul fait de savoir que peut-être dans le cas de bassins viciés, par une symphyséotomie on évitera plus tard toute intervention et que la femme expulsera spontanément son fœtus à terme sans forceps dans de bonnes conditions est pour donner à réfléchir. Et c'est en présence des constatations de Varnier que l'on comprend seulement l'étendue des services rendus par le Professeur Pinard en vulgarisant la symphyséotomie et par son vaillant élève et collaborateur le Docteur Varnier qui a enfin mis en lumière tant de points autrefois laissés dans l'ombre.

Il convient de remarquer toutefois que pour des bassins plus petits, cet écartement persistant de 20 à 25 millim., au maximum est incapable de produire à lui seul un agrandissement sérieux, impuissant à expliquer ce qui s'est passé pour une opérée.

En 1895, une femme (77^e symphyséotomie de Varnier) dont le diamètre promonto-sous-pubien était estimé de 83 à 87 millim. se présente à Baudelocque avec un enfant mort, dont on la débarrasse par la basiotripsie, poids 2.800 gr. sans substance cérébrale.

En 1893, le promonto-sous-pubien était estimé à 83 millim., une symphyséotomie nécessaire pour l'extraction une heure et demie après la dilatation complète d'une fille de 2.940 gr. à bi-pariétal de 82 millim.

L'écartement atteignit 6 centim. pendant l'engagement de la tête, ce dont il n'y a pas lieu de s'étonner, car le bassin ne valait guère plus de 70 millim., avant la symphyséotomie.

En 1899, cette femme qui, de sa symphyséotomie n'a gardé qu'un écartement pubien de 25 millim., accouche spontanément et vite d'un garçon de 3.420 gr. à bi-pariétal réduit de 90.

L'écartement persistant de 25 millim., n'ayant pu faire de ce bassin de 70 qu'un bassin de 75 au maximum, on reste relativement au-dessous des 15 millim., environ nécessaires au projectile de 90. Cet accouchement spontané ne s'explique que si aux quelques millim., de gain dûs à *l'écartement persistant* des pubis sont venus s'en ajouter quelques autres par l'un des deux mécanismes suivants déjà invoqués au Congrès de Moscou en 1897.

Première hypothèse. — Si le bassin est moins serré. les os iliaques moins étroitement appliqués au sacrum ne peuvent-ils pas conserver une mobilité plus grande ? D'où augmentation de l'antérotation et agrandissement du diamètre antéro-postérieur sous la poussée de la tête.

Deuxième hypothèse. — Ne peut-il pas se produire pendant l'accouchement un écartement plus considérable des pubis déjà notablement distants, écartement capable de réaliser un agrandissement du diamètre antéro-postérieur du bassin ?

Ce ne sont là que de simples hypothèses, et Varnier est d'avis que la première doit faire l'objet de nouvelles recherches. Quant à la seconde, Varnier est encore plus réservé, et il s'en tient toujours à ses déclarations de 1897.

La catégorie de malades examinée ici permet dans ces conditions de conclure ainsi (Varnier) :

« Il n'est pas démontré actuellement, et il est même douteux que la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir ».

Un seul fait à retenir, mais combien important :

L'agrandissement persistant est suffisant pour les bassins peu viciés et limités ».

Les grands viciés, après comme avant la symphyséotomie obligeront l'opérateur à intervenir le plus souvent, le bistouri à la main.

Une catégorie d'observations comprend 5 bassins symphyséotomisés dont les os pubis sont sur la radiographie à une distance variant entre 29 et 40 millim.

L'écartement vrai est égal à l'écartement radiographique. Cela étant, quel est l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur ?

D'après Farabeuf, il sera :

De 5 à 7 millim. pour 30 millim. d'écartement.

De 7 à 9 millim. pour 40 millim. d'écartement.

En d'autres termes :

un bassin de 70 pourra devenir de 77 ou 79 millim.

— 80 — 86 — 88

— 90 — 95 — 97

Il y aurait donc là, au moins pour certains bassins un

gain très appréciable pour toutes les dimensions du pelvis.

Varnier possède la radiographie de 15 femmes dont les pubis sont écartés de 2 à 4 centim.

Il ne faudrait pas croire que les femmes soient pour cela impotentes. L'une d'entre elles, dont l'écartement est de 32 millim. est infirmière et s'acquitte aussi bien qu'une autre de son pénible emploi.

Une autre avec 32 millim. d'écartement est sortie de la clinique Baudelocque le 32^e jour.

Elle est blanchisseuse-repasseuse. Aucun trouble dans la marche ni la motion.

Une dernière enfin avec 40 millimètres d'écartement monte et descend d'une chaise avec la plus grande facilité.

On peut donc raisonnablement admettre qu'un écartement persistant de 3 à 4 centimètres capable de produire pour certains bassins un agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur, du détroit supérieur, ou du diamètre transverse du détroit inférieur est sans gros inconvénient sur la statistique pelvienne.

De cet exposé, il résulte que la symphyséotomie :

1^o Est inoffensive pour la mère ;

2^o Efficace pour l'enfant ;

3^o Que les reproches adressés par les adversaires, si adversaires il y a (puisqu'on ne discute plus aujourd'hui que sur les limites de la symphyséotomie) ne sont pas fondés ;

4^o Que l'opération peut avoir pour conséquences :

a). — Une plus grande mobilité du bassin ;

b). — Un écartement persistant de trois à quatre centimètres.

c). — L'accouchement spontané surtout dans les cas de viciation pelvienne peu accusée.

Si donc l'accouchement spontané peut résulter de la symphyséotomie :

1° Soit d'un écartement persistant des pubis seul ;

2° Soit de l'écartement conjointement avec une plus grande mobilité du bassin, dans les deux hypothèses répétons-le : bénie soit la Symphyséotomie !

OBSERVATIONS

Observation d'un accouchement spontané à Baudelocque, le 14 avril 1892, après une symphyséotomie pratiquée par M. Auvar. 16 septembre 1893.

Bassin rachitique annelé promoto-sous-pubien 100 à 105 millimètres.

Premier accouchement en mai 1890 sous chloroforme ; enfant mort.

Deuxième accouchement, 16 septembre 1893.

Dernières règles 4 novembre, tête en bas, dos à gauche. Après 72 heures de travail, une tentative d'extraction par forceps reste infructueuse. *Symphyséotomie*. Ecartement 50 millimètres. Extraction facile, forceps, fille 2690 grammes bip. 95 ; pesant en sortant 3000 grammes morte neuf mois après. Déchirure de la paroi antérieure du vagin suturée et réunie par première intention. Levée le dix-huitième jour ; sortie le 20 en parfaite santé.

Troisième accouchement à Baudelocque le 14 avril 1892 spontané. Mouvements actifs 9-18 septembre. Arrive en travail depuis 4 heures, hauteur utérine, 32c., fille de salle dans un restaurant, a travaillé jusqu'au dernier moment ; enfant vivant tête en bas mobile dos à gauche. Après 9 heures de travail la dilatation étant complète, la tête commençant se fixer, rupture artificielle des membranes, liquide vert une heure après engagement et expulsion en 5 minutes d'une fille vivante, poids 2.440 grammes, bip. 96 ; tête très réductible, poids à la sortie le onzième jour 2370 grammes, suites normales.

OBSERVATION 1439.

Bassin vicié aplati, prom. sous p. 100.

Date d'entrée à Baudelocque, 26 septembre 1893.

Date d'entrée, salle travail, 3 octobre 1893.

La femme a marché à 4 ans 1/2 ; depuis a toujours bien marché.

Sortie, 20 octobre 1893.

Réglée à 18 ans. III pare.

Premier accouchement. — Albuminurie. Eclampsie.

Accouchement *gemellaire*. Les 2 jumeaux sont morts, l'un à 14 jours, l'autre à 4 mois. Baudelocque 1891, obs. 468. L'extraction a eu lieu par les pieds.

Deuxième accouchement. — A Baudelocque également, 1892, obs. 1409.

Application du Ballon Champetier. *Symphyséotomie* après 2 applications de *forceps* infructueuses faites par le Professeur Pinard. Garçon du poids de 3.220 gr. se lève le 19^e jour, sortie le 37^e.

Troisième accouchement, prématuré mais *Spontané*.

Le 2 octobre. — Avant que le travail ait commencé rupture des membranes spontanément, liquide amniotique anormal.

Le 3 octobre. — Depuis 3 h. du matin la femme a des douleurs toutes les 30 minutes environ, battements du cœur normaux, moins sourds et irréguliers que la veille ; de midi 30 à midi 50, 4 contractions très fortes, au toucher, dilat. 1 fr. ; il s'écoule une assez grande quantité de liquide normal, cependant une poche d'eau se réforme, les contractions restent très fortes jusqu'à 2 h. A 6 h. 30 Varnier examinant la femme, trouve une dilatation grande comme 5 fr. pendant la contraction ; la tête est très amorcée ; la suture sagittale est à 6 cm. 8 du bord inférieur de la symphyse. Contractions deviennent très intenses ; la tête s'engage rapidement ; la dilation est complète à

7 h. 46. L'expulsion a lieu *spontanément* à 7 h. 50 du soir.

Enfant sexe masculin vivant, poids 3.250 gr. bip, tête très réductible. A la sortie de l'hôpital, l'état de l'enfant est bon. Suites normales.

OBSERVATION 352.

Femme J. B. Blanchisseuse.

Entrée à la salle de travail le 4 mars 1895, sortie le 14 mars 1895.

Bassin légèrement aplati. Il pare. Ne se rappelle pas quand elle a commencé à marcher.

Premier accouchement Baudelocque, 21 février 1894. Bassin marqué d'abord normal puis 109 prom. sous pubien. Tête déjetée à gauche remplissant la moitié droite du bassin. Début du travail 20 février, 11 h. du soir. A midi 30 examen sous chloroforme, on trouve tête élevée défléchie. A 1 h. M. Pinard examine et conseille forceps. On attend. A 3 h. Varnier constate variété frontale et obliquité de Naegelé et conseille symphyséotomie Wallich pratique la *Symphyséotomie* ; 12 h. après dilatation complète écart. 50 mm. extr. forceps, fille vivante 3590 gr. Bip. 100. Sortie 4 avril 1894.

Deuxième accouchement, 4 mars 1895. *Spontané.*

Se croit enceinte du 20 au 25 avril. Haut. utérine 35 G.T. pas d'albumine dans les urines ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement. Utérus normal, sommet G. s'orientant en arrière. Le 4 mars la tête est élevée et mobile.

A 11 h. 45 du matin le Dr Wallich trouve une dilatation de plus de 5 fr. Tête toujours mobile. La suture sagittale est derrière la symphyse. 10 minutes après application

d'une ceinture, la dilatation est d'une paume de main. La tête est bien fixée.

A midi rupture spontanée des membranes et 5 minutes après l'enfant est expulsé *spontanément*. Position au moment du dégagement OP. Lésions vulvo-périnéales nulles. Durée total du travail 11 heures.

Etat de la mère bon. Fille vivante 3730 gr. Bip. 9,8. Sortie le 10^e jour, c'est-à-dire le 14 mars.

OBSERVATION 805.

Date d'entrée à la salle de travail 18 mai 1895.

Bassin aplati ; promontoire accessible. II pare ménagère.

Premier accouchement à Baudelocque, le 25 février 1892. Chloroforme et *Forceps* par Lepage ; des tractions pendant 15 minutes ne donnent aucun résultat ; Deuxième tentative de 3 minutes également infructueuse. 5 heures après dilat. complète. *Symphyséotomie* par M. Pinard. Ecartement 6 cent. Forceps, garçon vivant pesant 4.630 gr. bip. 93, la femme se lève le 33^e jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction à la fin de l'année 1892. L'enfant est bien portant ; 1 an après l'enfant a la médaille d'or au concours des Bébés.

Deuxième accouchement à Baudelocque *Spontané*. Mai 1895. Observ. 805.

Date des dernières règles du 5 au 10 août. Apparition des mouvements actifs au commencement de janvier. Entre à la clinique au moment de l'accouchement. Pas d'albumine. Utérus normal ; Hauteur 38. Présentation du Sommet en GA. Entrée à la salle de travail à 4 heures du matin, dilatation 2 fr. à 7 heures dilatation complète. Rupture spontanée des membranes, liquide

amniotique normal. Position au moment du dégagement O. P.

Durée totale du travail 8 heures 5. Expulsion *spontanée* fille vivante 3.920. gr. bip. 9,2. Lésions Vulvo-périnéales nulles. Etat de la mère bon. Suites de couches normales, sortie le neuvième jour, le 27 mai 1897.

OBSERVATION 886

Entrée à la salle de travail le 25 mai 1896.

Sortie le 3 juin.

Bassin asymétrique. Luxation congénitale droite et rachitisme.

Profession lingère. II pare. Diam. prom. sous-pubien minimum 90 faux promont, 102.

Premier accouchement à Baudeloque le 8 septembre 1893. Obs. 1322. Dilatation complète après 18 heures, après 4 heures d'efforts la descente est arrêtée, tête enclavée, battements à 100. *Symphyséotomie* par Varnier. Application du forceps, 30 mm. d'écartement, la tête tombe du coup avant même la section du ligament sous-pubien. Garçon 2500 gr. bip. 85.

Deuxième accouchement à Baudelocque mai 1896. *Spontané*. Position GT. Dernières règles 23 août, mouvements actifs décembre,

La femme arrive à la clinique le 25 mai à midi 45. On constate de suite que la tête n'est pas engagée, les membranes se rompent spontanément donnant issue à un liquide vert. Bruits du cœur normaux. A midi 50 la femme accouche *spontanément*. La délivrance a lieu 45 minutes après. Le travail a débuté le 25 à 7 heures du matin. Durée totale 5 heures environ. Etat de la mère à sa sortie le 3 juin 1896, bon. Enfant du sexe féminin pe-

sant 2600 gr. Bip. 8,4 bien portant. Sortie 3 juin. Suites normales.

OBSERVATION 1232.

Entrée salle de travail 16 juillet 1896.

Bassin vicié Diam. P. S. P. 10,2. — Profession fleuriste. II pareil.

Premier accouchement. Baudelocque 25 fév. 1894, obs. 343. Tête élevée O.I.D.T. *Symphséotomie* par M. Pinard pratiquée pour que la tête puisse descendre et produise elle-même la dilatation. A minuit 45 dilat. compl. écart 70 mm. ; garçon 3.380 gr. bip. bien portant en 1896; La femme est levée le 20^e jour.

Deuxième accouchement 17 juillet 1896 à Baudelocque, et *Spontanée* Dern. règles 25 octobre Hauteur utérus 32°. Entrée à 11 h. du matin à la salle du travail, dilat. 2 f. perd les eaux à 8 h. 30 du soir 16 h. après le début du travail qui en tout a demandé 34 heures. Tête élevée D.T. Bruits du cœur 140-180. A 1 h. 1/2 soir la femme a envie de pousser ; au toucher petite paume ; tête engagée, os chevauchent considérablement. Dilatation complète à 2 h. et à 2 h. 25 expulsion *spontanée* d'une fille vivante pesant 2.980 gr. bip. 88.

La femme sort le 9^e jour.

La tête est restée très élevée jusqu'au moment où les contractions sont devenues très fréquentes, c'est-à-dire, 17 juillet à 11 h. 1/2 du matin, à ce moment la tête repose sur le détroit supérieur; la suture sagittale est exactement contre la symphyse. Durée du travail, 34 heures 25 minutes, lésions vulvo-périnéales nulles. Suites normales.

OBSERVATION 1792.

Entrée à la salle de travail le 13 octobre 1896.

Bassin annelé. P. s. P. 92 à 97. Rachitisme.

La femme a marché à 9 mois, depuis bien. Réglée à 17 ans régulièrement. IV pare.

Premier accouchement par une sage-femme de Lari-boisière 1887, garçon.

Deuxième accouchement à Baudelocque, en 1892. Obs. 1155. Bassin vicié. Diam. P.S.P. 9, c 2 prom. très bas, mécanisme anormal, inclinaison sur le pariétal antérieur. Application du *Forceps* par Varnier sur enfant mort, fœtus mort violacé, tête très déformée. Durée du travail 33 h.

Troisième accouchement à Baudelocque 8 mars 1894. *Symphyséotomie* faite par Varnier, enfant vivant pesant 3660 gr. Bip. 101 poids de sortie 1 mois après 4450 gr.

Quatrième accouchement Baudelocque *Spontané*.

Dernières règles 12-15 janvier 1896, mouvements actifs fin mai. Hauteur de l'utérus 33 c. Position GT. Bassin annelé prom. saillant.

Le 13 octobre. — A 5 h. du soir la tête étant très mobile, la sage-femme en chef Mlle Roze fait appliquer une ceinture pour la maintenir au détroit supérieur, les contractions deviennent fréquentes et énergiques, la dilatation se fait rapidement. Expulsion à 1 h. 10 du matin le 14 octobre 1896. *Spontanée*. Durée de la dilatation, 3 h. Durée totale du travail, 3 h. 10. Lésions vulvo-périnéales nulles. Quantité de sang perdue depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance normale. Poids de l'enfant 3660 gr. Bip. 101. La mère sort sur sa demande le 22 octobre 1896 en bon état. Suites de couches normales.

Observation d'une femme symphyséotomisée en juillet 1893, par M. Guéniot à la Maternité et venant accoucher spontanément à Baudelocque le 28 avril 1897.

Femme B. S..., 41 ans, ménagère, n'a marché qu'à 8 ans et présente du côté des membranes inférieures des stigmates rachitiques.

Premier accouchement à terme à l'Hôpital Cochin en 1877. *Forceps*, fille mort née.

Deuxième accouchement en 1883. Garçon.

Troisième accouchement en 1886. Garçon.

Quatrième accouchement en 1888, spontané fille.

Cinquième accouchement en 1890, avortement de 2 mois.

Sixième accouchement en 1891, à terme à Cochin. *Forceps*, garçon bien portant.

Septième accouchement en 1893 le 12 juillet à la Maternité. *Symphyséotomie* par M. Guéniot. Enfant vivant.

Huitième accouchement en 1897. 28 avril à Baudelocque. *Spontané*.

Dernières règles 16-25 juillet 1896. Entrée à la clinique le 31 mars 1897. Haut. de l'utérus 36 centim., aucune complication ; aucune gêne pendant la grossesse. Tête en bas non engagée dos à droite. La parturiente entre à la Salle de Travail le 28 avril à 7 heures du matin ayant des douleurs depuis la veille à 8 heures du soir, col en voie d'effacement, tête non engagée. A 3 heures du soir la tête s'engage et la dilatation commence ; elle est à 3 h. 45 comme une paume de main. M. Paquy rompt la poche des eaux. Ecoulement abondant de liquide vert purée ; 10 min. plus tard la dilatation est complète et le fœtus est expulsé *spontanément*. Garçon vivant pesant 2.500 gr. bip. 95, pèse à sa sortie 3060 gr.

Au moment où la tête s'engage la symphyse s'écarte ; on peut en palpant par l'avant y introduire l'extrémité

de l'index à mesure que s'accroît la descente de la tête; l'écartement de la symphyse semble augmenter. Pendant une contraction à 3 h. 45. M. Paquy a senti à travers les téguments qui se dépriment un écartement dans lequel il loge facilement les extrémités de l'index et du médius. Après la contraction il semble que la largeur de cette dépression diminue d'environ $\frac{1}{3}$.

OBSERVATION 854

Bassin rétréci, annelé. Diam. P.s.P. 10 c. 8.

Prom. sous-pubien 93.

La femme ne se rappelle pas du moment où elle a commencé à marcher. A toujours bien marché,

Réglée à 18 ans $\frac{1}{2}$, régulièrement. Arrivée à Baudelocque 1^{re} mai 1897.

Entrée, Salle Travail 14. 5 heures du soir.

Sortie 24.

Premier accouchement. -- 10 septembre 1893 à terme spontané. Sommet, fille vivante, mais chétive.

Deuxième accouchement. — 1^{re} mai 1895. Baudelocque. Obs. 700.

G. T..., non engagé. Haut. utérine 33 c. après 33 heures travail dilatation complète, temp. 38°5.

Symphyséotomie par Wallich. *Extraction forceps* par M. Pinard d'un garçon vivant. Poids 3770 grammes, enfant bien portant.

Troisième accouchement. — Mai 1897 à Baudelocque. *Spontané*, dernières règles 5-7 août 1896. Mouvements actifs 10 décembre 1896. Bassin Diam. Bip. 108.

La parturiente entre à la salle de travail le 14 mai à 5 heures du soir. Le col est encore long, mais perméable. Durant la nuit du 14 au 15 mai douleurs fréquentes et

régulières, la dilatation se fait régulièrement. A 3 heures du matin, expulsion d'une certaine quantité de liquide amniotique ; le toucher permet de constater l'existence d'une poche amnio-choréale, car on suit la poche des eaux qui bombe à chaque contraction, dilatation, paume de main. Tête très mobile n'a aucune tendance à s'engager.

A 11 h. 10 dilatation complète. La sage-femme en chef Mlle Roze rompt les membranes, la distance de la suture sagittale au bord inférieur du pubis mesure 6 c. 5. On conseille à la femme de faire des efforts ; la tête s'engage dans excavation à 4 h. 30 ; elle s'oriente en D.P. rotation normale. L'expulsion du fœtus a lieu à 5 heures du matin *spontanément*. La tête fœtale présente à peine des traces d'une bosse séro-sanguine.

De la symphyséotomie pratiquée en mai 1895, il ne reste de trace visible qu'une très faible cicatrice linéaire de la région pré-pubienne. Au moment où la tête s'engage et pendant tout le temps que dure l'expulsion, on peut introduire assez facilement la pulpe de l'index dans l'interligne articulaire. Il y a donc écartement véritable provoqué par le passage de la tête dans le bassin osseux.

L'expulsion terminée tout rentre dans l'ordre.

Durée du travail 15 heures. Enfant poids 3220 grammes.

D Bip 9,2.

Suites de couches normales.

Sortie 24 mai en bon état, c'est-à-dire le 9^e jour.

OBSERVATION 154

Bassin vicié ganaliculé.

La femme a marché à 2 ans, bien depuis, réglée à 19 ans, régulièrement depuis. Professionnecouturière.

Entrée à la salle de travail 26 Janvier 1898.

Premier accouchement. 1894. *provoqué* à l'aide de ballons à 8 mois, garçon mort-né.

Deuxième accouchement en 1895 à Baudelocque Obs 1822 à terme. *Symphyséotomie* par M. Pinard, version interne, enfant vivant, fille. Poids 3120 gr., morte à 10 mois de méningite, suites de couches normales.

Troisième accouchement. *Spontané.* Observation.

La parturiente arrive à la salle le 26 janvier à 8 heures du soir ; vient du dortoir où elle est depuis 4 heures, au palper on constate tête fixée, dos à droite, siège au fonds de l'utérus, petits membres à gauche. Bruits du cœur normaux. Le col est effacé complètement. L'orifice est dilatable comme 0 fr.50. A 11 heures dilatation grande paume. Contractions fortes et longues. A 10 heures 45 les membranes se rompent spontanément, liquide verdâtre, les bords de l'orifice reviennent sur eux-mêmes. Pendant les contractions à chaque effort de la femme, on constate un très léger écartement des pubis. A minuit engagement brusque de la tête qui arrive à la vulve, rotation, expulsion *spontanée*, à minuit 10' d'un enfant du sexe masculin pesant 2770 gr. L'enfant naît un peu étonné, il est ranimé. Bip. 8, 1. Délivrance normale. Suites de couches normales.

OBSERVATION 1857.

Entrée à la salle de travail 24 octobre 1898.

La femme a marché à 4 ans ; réglée à 17 ans régulièrement. Bassin asymétrique.

Premier accouchement en 1893 à Baudelocque obs. 1322. *Symphyséotomie* pratiquée par le professeur Pinard. Forceps enfant vivant de 2620 gr. Bip. 8,5.

Deuxième accouchement en 1896 à Baudelocque *Spontané* obs. 886. Enfant accouché à termes *spontanément* présent du sommet l'enfant est actuellement vivant. Ret. de c. 6 semaines après.

Troisième accouchement observation actuelle. *Spontané*.

Dernières règles du 8 au 13 janvier. Mouvements actifs fin mai. Profession lingère ; se repose depuis trois mois, arrive au moment de l'accouchement. Pas d'albumine. A 6 h. du matin le 25 octobre la tête est à la vulve, en dehors de laquelle un paquet de cordons sans battement. La femme accouche *spontanément* d'un garçon bip. 8, 9 pesant 2650 grammes. L'expulsion a eu lieu à 6 h. 45. Lésions vulvo-périnéales nulles, durée totale 8 h. 45 minutes. Pouls 76. Temp 37. 5. Suites de couches physiologiques

OBSERVATION 2189.

Entrée à la salle de travail le 10 décembre 1898.

Sortie le 20 décembre 1898.

La femme a marché à 3 ans, réglée à 16 ans régulièrement. Bassin vicié. Prom. sous pubien 10,2.

Premier accouchement le 2 mars 1894 à Baudelocque enfant né à terme mais après une *Symphyséotomie* pratiquée par le Professeur Pinard.

Deuxième accouchement le 17 juillet 1896 à Baudelocque, obs. 1232 à 8 mois 1/2, sommet *spontané*, fille 2800 gr.

Troisième. Avortement de 4 mois chez elle.

Quatrième accouchement faisant l'objet de l'observation actuelle *spontané*.

Dernières règles du 17 au 20 janvier ; mouvements actifs à 5 mois. Haut de l'utérus 35 c. arrive dans le service au moment d'accoucher. Profession fleuriste. N'a pris aucun repos. Pas d'albuminurie, cœur normal, pas d'œdème. Tension moyenne ; présentation sommet. Bassin promonto s. p. 10,2 mesuré par le professeur Pinard. Entre le 10 décembre à la salle de travail à 8 h. du soir ; elle a douleurs la journée, lesquelles s'accroissent d'abord

puis diminuent. Bruits du cœur 140-144. Temp. 37 la nuit. Au moment de l'entrée le col était non effacé; dilatation 5 fr, à 1 h. dilatation complète, la tête s'engage rapidement et la femme accouche spontanément à 1 h. 40 d'une fille pesant 2710 gr. Bip. 9 long. 46 cent.

Position au moment de l'engagement OP. l'expulsion a eu lieu à 1 h. 40 ; lésions vulvo-périnéales nulles. Suites de couches normales. La femme sort de Baudelocque le 20 décembre.

OBSERVATION 1447.

Date d'entrée à Baudelocque : 6 juillet 1899.

Date d'entrée. Salle de travail: 27 juillet 1899.

Le femme a toujours bien marché, réglée à 15 ans régulièrement, et n'a jamais été malade. Bassin vicié.

Premier accouchement en 1895. — 3 mars à Baudelocque. Obs. 410, à terme, fille sommet. *Basiotripsie*.

Deuxième accouchement. — A Baudelocque en juin 1896. Obs. 1007. Fille.

Symphyséotomie. — L'enfant vit et est bien portant.

Troisième accouchement en 1897 chez elle. — *Avortement* gemellaire de 3 mois pour des causes inconnues.

Quatrième accouchement. — Observation actuelle. *Spontané, terme*.

Dernières règles 10-15 Octobre. Hauteur de l'utérus 35 à son entrée et 40 centimètres le jour de l'accouchement. Pas de complication ; pas d'albumine dans les urines. Tête élevée. G. T.

La femme commence à souffrir à minuit. A 4 heures elle entre à la salle de travail avec un col long déhiscent comme 1 franc, membranes intactes qui bombent légèrement à l'orifice du col. Sommet au détroit sup. en D. T. Très peu de contractions et à 8 heures le col est toujours dans le même état. Elle est examinée à ce moment ;

à 5 heures on observe un col presque effacé, les contractions se font très fortes et régulières. A 6 h. 1/4 la femme accuse une envie de pousser ; la poche des eaux fait hernie hors la vulve et se rompt spontanément.

Les contractions continuent très fortes, la femme pousse et accouche *spontanément* d'un enfant du sexe masculin pesant 3420 grammes. Diam. Bip. 9, suites de couches normales.

OBSERVATION 93

Entrée salle de Travail, 14 janvier 1900.

Bassin aplati. A toujours bien marché. Réglée à 14 ans régulièrement. VI pare. Journalière.

Premier accouchement 1886. Spontané à terme d'un garçon mort à 2 jours.

Deuxième accouchement 1891. Spontané à terme d'une fille morte à 8 mois.

Troisième accouchement 1893 à Baudelocque (n° 160), après 13 heures de travail DT non engagé ; 1 heure après dilat. complète et rupt. des membranes ; liq. vert., bruits norm., tête bien orientée ne s'engageant pas. *Symphyséotomie* d'emblée. Forceps. Garçon 3390 gr. bip. 9,9.

Quatrième accouchement 1895 à Baudelocque (N. 438) *spontané à terme* le 18 mars. La femme arrive en travail. Dilat. paume de main. Membranes intactes. Tête très élevée. Durée totale du travail 5 h. 30. 5 minutes après dilat. compl. et rupture des membranes. Liquide vert épais. Expulsion *spontanée*, fille vivante de 2850 gr. bip. 91. Sortie le huitième jour.

Cinquième accouchement, 27 nov. 1896. Baudelocque, obs. 2081. *Spontané*.

Dern. règles du 20 au 26 fév. 1896. Mouv. actifs 27

juin. Haut. de l'utérus 33 c. Pas d'albuminurie. Présentation céphalique. Position D T. Angle accessible du bassin à 9,9.

Fœtus très mobile; on le fixe à l'aide de la ceinture. Le 30 nov. à 6 h. 1/2 du soir la parturiente est amenée à la salle de Travail. Dilat. 1 f. Efforts violents à 10 h. 50. Dilat. compl. On rompt les membranes. Liquide normal. A 11 h. expulsion *spontanée* du fœtus sans qu'on ait eu le temps d'étudier le mécanisme de l'accouchement. Durée du travail 6 h. Enfant sexe masculin pesant 3410 gr. Bip. 10 en bon état au moment de la sortie de la clinique le 3 décembre 1896.

Sixième accouchement le 14 janvier 1900. *Spontané*. Dern. règles 2 avril. Mouv. actifs 4 mois. Haut. de l'utérus 34 c. pas d'albumine. Tête ayant tendance à glisser de la fosse iliaque droite. Douleurs le 14 janv. à 8 h. 20 du soir. A 10 h. 20 entre à la salle de travail. Dilatation 1 f. tête mobile 3 h. 45. Dilat. complète. On rompt les membranes, la tête s'engage rapidement. Expulsion *spontanée* du fœtus 4 h. 25. Bruits normaux.

Durée du travail 8 h. 25, fille. Poids 3350 gr. en bon état à la sortie 23 janvier 1900. Bip. 10. Suites de couches normales.

OBSERVATION 161.

Entrée salle de travail, 24 janvier 1900.

Femme R..., cartonnrière.

Bassin rachitique P. s. P. 10 c. V pare. A marché à quatre ans, depuis bien, réglée à 16 ans, irrégulièrement jusqu'à la première grossesse, régulièrement depuis.

Premier accouchement en 1886 à la Pitié, fille. Sommet spontané, à terme, 29 heures de travail, enfant né en

état de mort apparente, ranimée, morte au bout de 24 heures, présentait depuis sa naissance des mouvements convulsifs. R. de R. six semaines après.

Deuxième accouchement, décembre 1893 à la Pitié, à terme, sommet spontané, 20 heures de travail, fille morte à un an de méningite.

Troisième accouchement, février 1896 à la Pitié. *Symphyséotomie* par M. Doléris, à terme, garçon bien portant. R. de R. huitième mois de l'allaitement.

Quatrième accouchement, 7 septembre 1898 à Baudelocque, observation 1541. *Symphyséotomie* par M. Funck, garçon vivant.

Cinquième accouchement. Spontané, 24 janvier 1900. Baudelocque. Date des dernières règles, 10-15 mai. Hauteur de l'utérus, 35, pas d'albumine au moment de l'accouchement.

Les jambes sont en lames de sabre à convexité antérieure très marquée. On peut placer de champ six doigts entre les faces interne des cuisses. Vers la partie moyenne, chapelet costal. Dents en antéverson chevauchant les unes sur les autres, taille 1 m. 38. A 10 h. 1/2 du matin M. Pinard l'examine et constate : 1° que le col a toute sa longueur ; 2° que la tête ne semble pas beaucoup déborder les parois antérieures du bassin ; 3° que l'écartement interpubien est considérable, en conséquence il pense que l'accouchement sera peut-être *spontané*.

Le 25 janvier. — Vers 5 heures du soir, cette femme perd ses eaux. Ressent peu de temps après quelques douleurs. A 8 heures du soir arrive à la clinique. Tête en bas, dos à gauche, col long, largement dilatable. La symphyse présente un écartement assez notable. Le 25 janvier douleurs toutes les 20 ' environ. Vers 2 heures du soir, elles se font plus fortes et fréquentes toutes les cinq à six minutes. A 3 heures la tête plonge dans l'excavation, dilat. petite paume. A 4 heures, expulsion *spontanée*

d'un garçon de 3,100 grammes, bip. 8,5. Durée du travail, 19 heures. Lésions vulvo-périnéales nulles. Suites de couches normales. Sortie 5 février.

OBSERVATION 271.

Entrée à la salle de travail le 12 février 1900.

Sortie le 25 février 1900.

La femme a marché à 2 ans avec difficulté ; depuis l'âge de 9 ans marche bien. Réglée à 10 ans irrégulièrement. Bassin canaliculé.

Premier accouchement. — A Beudelocque le 6 août 1897. Obs. 1389.

Symphyséotomie. — Enfant bien portant.

Deuxième accouchement. Spontané. — Obs. actuelle. Présentation extrémité cyphotique, engagement non effectué, position GT. Bassin 10,7 mesuré par le Dr Wallich, pas d'albuminurie.

A 10 h. du matin rupture spontanée des membranes ; liquide amniotique normal ; la tête se fixe en transversal. Col dilatable 5 fr. Bruits du cœur 130-134. Les contractions deviennent fortes et fréquentes.

A 1 heure du soir contractions très fortes et très rapprochées, dilatation 5 fr. bruits du cœur 136-140 ; la tête est un peu descendue dans l'excavation ; la suture sagittale est plus rapprochée du promontoire que de la symphyse. A 1 h. 30 la tête repose sur le plancher périnéal ; elle est dans une position intermédiaire à la variété transverse et à la variété antérieure, dilatation petite paume. A 2 h. dilatation complète la tête achève la rotation. A chaque effort expulsif, en touchant avec le doigt appliqué sur la symphyse, les pubis s'écartent de 3 à 6 millimètres. A 2 h. 10, *Expulsion spontanée* d'un garçon du poids de 3.200 gr. Bip. 9 centim. Total du travail 4 h. 10. Suites de couches physiologiques. Sortie le 25 février 1900.

CONCLUSIONS

1° Après la symphyséotomie, le bassin peut conserver un agrandissement permanent par écartement variable des deux os iliaques.

2° Cet écartement permanent allant jusqu'à 4 centimètres n'apporte aucun trouble fonctionnel, et n'entraîne nullement la dislocation du bassin, comme le disaient les anatomistes et les physiologistes.

3° Cet écartement permanent peut faire, lorsque le bassin n'est pas très rétréci, que les accouchements consécutifs s'effectuent spontanément.

L'avenir dira si après la section de la symphyse on doit systématiquement chercher à produire d'une façon permanente, l'écartement des os iliaques et dans quelles mesures.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

